FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N° 350

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

PIERRE MONTFORT

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes
Lauréat de l'Ecole de Médecine
Né à Nantes (Loire-Inférieure), le 7 Août 1903

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA GROSSESSE

DANS L'UTÉRUS DOUBLE

Président : M. JEANNIN, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1930

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

M. 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

PIERRE MONTFORT

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes
Lauréat de l'Ecole de Médecine
Né à Nantes (Loire-Inférieure), le 7 Août 1903

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA GROSSESSE

DANS L'UTÉRUS DOUBLE

Président : M. JEANNIN, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1930

LE DOYEN. . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LŒPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZAR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGES EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène
JOYEUX	Parasitologie.

MM.	
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgic.
LÉVY-VALENSI	Neuro-psychiâtrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (Fern)	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgic.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
MOURE	Pathologie chirurgic.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologiq
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIÈVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.	
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL. . .	Clinique obstétricale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale	METZGER	Clinique obstétricale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédiqu chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR LÉON MONTFORT

PROFESSEUR A L'ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES
CHIRURGIEN DES HOPITAUX

A MON PÈRE

LE DOCTEUR ANDRÉ MONTFORT

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A M. le Professeur JEANNIN

Professeur de Clinique Obstétricale a la Faculté de Paris

Accoucheur de la Pitié

Officier de la Légion d'Honneur.

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A M. le Docteur GROSSE

Professeur de Clinique Obstétricale a l'ecole de Médecine de Nantes

Dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne, et qui a bien voulu nous guider dans la rédaction de cette thèse.

Témoignage de notre gratitude pour son précieux enseignement et pour la grande bienveillance qu'il nous a constamment prodiguée au cours de nos études.

A M. le Docteur LEROUX

Professeur suppléant d'obstétrique à l'Ecole
de Médecine de Nantes
Chirurgien suppléant des hopitaux

En gage de notre vive reconnaissance

A M. le Docteur MOISNARD

Professeur de clinique au cours départemental
d'accouchements
Accoucheur des hopitaux de Nantes

Hommages très respectueux.

A M. le Docteur G. FAVREUL

Professeur de Clinique chirurgicale
a l'Ecole de Médecine de Nantes
Chirurgien des Hopitaux

Qui fut pour nous un maître dont nous garderons le meilleur souvenir.

A NOS MAITRES

MM. les Professeurs de l'Ecole de Médecine de Nantes

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. les Docteurs U. MONNIER, E. BUREAU, (*in memoriam*) GAUDIN

Dont nous avons été l'élève.

MM. les Docteurs GUILBAUD (*in memoriam*) BAHUAUD, U. MONNIER, H. LERAT

Dont nous avons été l'externe.

MM. les Docteurs J. SÉBILLEAU, POUZIN-MALÈGUE, GROSSE, LEROUX, PASQUEREAU, JOUON, G. FAVREUL, H. LERAT, J. GOURDET, MOUTIER

Dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne. Qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

Avant-Propos

Pendant notre internat à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le Professeur Grosse, il nous a été donné d'observer un cas fort intéressant de grossesse dans un utérus double avec vagin double chez une primipare de 35 ans. Quelques heures après son arrivée à l'hôpital, cette femme subissait une opération césarienne suivie de l'hystérectomie d'un hémi-utérus.

Attiré par la rareté du fait, nous avons cherché à recueillir quelques autres observations inédites de ce genre.

Nous sommes arrivé à en réunir sept.

Il nous a dès lors été possible de tracer, avec ces observations et la bibliographie existant déjà, un tableau d'ensemble de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches dans les utérus doubles, et de tirer de cette étude quelques conclusions pratiques, surtout en ce qui concerne le diagnostic, souvent si difficile, et la conduite à tenir dans certains cas.

Nous tenons à remercier ici tout particulièrement M. le Professeur Grosse qui, par ses conseils et sa

grande expérience, nous a permis de mener à bien ce modeste travail.

Nous ne voulons pas oublier M. le Docteur Leroux. C'est lui qui, en faisant entrer la malade de l'observation n° 1 dans le service du Professeur Grosse, fut le point de départ indirect de cette thèse.

Que MM. les Docteurs Moisnard et Hugé veuillent bien recevoir aussi l'expression de nos sincères remerciements pour la grande obligeance avec laquelle ils nous ont communiqué leurs observations.

Etude Anatomique

Variétés.

Il existe trois variétés d'utérus double : l'utérus bicorne, l'utérus biloculaire et l'utérus didelphe.

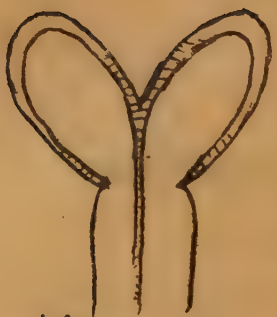
1° L'utérus *bicorne* est l'utérus dont les corps sont entièrement ou en partie séparés et dont les cols sont fusionnés. Suivant les cas, le col est ou non cloisonné.

2° L'utérus *biloculaire* revêt la forme extérieure d'un utérus normal. Mais une longue cloison longitudinale divise sa cavité en deux loges et cloisonne le col.

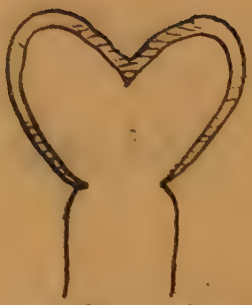
Si les deux corps sont accolés et les cols fusionnés, on a un utérus biloculaire corporéal.

Si, au contraire, les corps sont fusionnés et les cols accolés, on a un utérus biloculaire cervical. (Pery a publié, en 1926, un cas curieux d'utérus biloculaire corporéal avec vagin double).

3° L'utérus *didelphe* est constitué par deux utérus distincts situés l'un à côté de l'autre, munis chacun d'une trompe et d'un ovaire.



ut. bicorne à col cloisonné

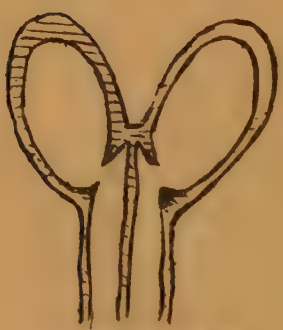


ut. bicorne à col non cloisonné

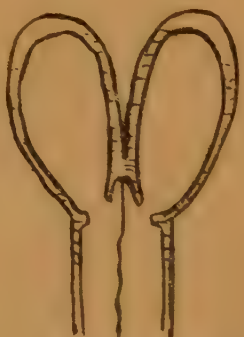
ut. bilocalaire

ut. bilocalaire corporéal

ut. bilocalaire cervical



ut. didelphe vrai



ut. pseudo-didelphe (solo accolé)

Chaque moitié de l'utérus didelphe possède un corps et un col bien conformés. Les cols peuvent être plus ou moins rapprochés l'un de l'autre. Ils sont parfois accolés en canons de fusil, mais n'en conservent pas moins leur individualité (pseudo-didelphes).

De même, parfois, les deux cols distants peuvent être reliés par un ligament intercervical.

Embryologie.

L'utérus didelphe s'explique facilement par l'embryologie.

Au 35e jour de la vie embryonnaire, on trouve de chaque côté de la colonne vertébrale deux corps allongés : les corps de Wolf.

Le long du bord externe de chacun d'eux, court un conduit excréteur : le canal de Wolf.

Enfin, en dehors de ce conduit, se trouve un cordon, plein d'abord, creusé plus tard, c'est le conduit de Muller.

Canal de Wolf et conduit de Muller aboutissent en bas au cloaque.

Chaque canal de Wolf constitue le canal spermatique de l'homme et s'atrophie énormément chez la femme.

Chaque canal de Muller est croisé par le ligament de Hunter qui le divise en deux parties distinctes : l'une supérieure qui constitue la trompe, l'autre inférieure c'est le canal utéro vaginal.

Les deux canaux utéro-vaginaux primitivement séparés, se portent en avant du corps de Wolf, lui deviennent internes et s'accolent dans toute leur étendue au niveau de la ligne médiane, puis la cloison médiane provenant de la fusion des deux canaux utéro-vaginaux, se résorbe de bas en haut, substituant ainsi au double conduit primitif un vagin et une cavité utérine unique.

Mais, si les deux conduits de Muller adossés au niveau de leur insertion sur le cloaque ne s'accolent pas au niveau de la partie qui doit former l'utérus on a deux utérus séparés : c'est l'utérus *didelphe*.

Si le rapprochement des deux conduits de Muller se fait sur une plus grande hauteur, on a l'utérus bicorne.

Si enfin la juxtaposition des deux canaux utéro-vaginaux se fait, mais que la cloison de séparation persiste on a l'utérus *biloculaire*.

Suivant que la cloison médiane persiste ou non au niveau du vagin, on a un vagin double ou un vagin unique.

La formation de l'utérus didelphe est donc due à un arrêt de développement et cette anomalie coïncide souvent avec d'autres vices de développement incompatibles ou non avec la vie. Dans quelques observations on a noté l'absence d'un rein à l'autopsie.

Historique

L'utérus didelphe est une forme assez rare c'est pourquoi ce n'est pas lui que l'on voit tout d'abord cité dans la littérature médicale.

En 1859, Kussmaul dans un travail classique dit que l'utérus didelphe a été observé chez des enfants non viables présentant d'autres difformités.

En 1863 Lefort dans sa thèse d'agrégation fit une importante revue des malformations utérines. Dans ce travail, il cite des cas d'utérus didelphes chez l'enfant non viable et deux cas que la plupart des auteurs regardent comme peu probants.

Le premier cas de grossesse dans l'utérus didelphe est celui d'Olivier en 1872.

En 1894, Pfannenstiel, en Allemagne, rapporte un cas personnel et réunit 18 cas d'utérus didelphe chez l'adulte dont 12 avec grossesse.

L'année suivante Giles, en Angleterre, publie un nouveau cas dans un travail où il donne 21 observations d'utérus didelphe chez l'adulte dont 15 avec grossesse .

En 1897, Chéron, en France, publie le premier un travail d'ensemble basé sur 18 observations de gros-

sesse qu'il a recueillies dans les différentes publications.

Depuis cette date, jusqu'en 1902, on a pu réunir encore une vingtaine d'observations nouvelles en consultant les divers journaux français et étrangers.

L'utérus didelphe est sans doute une malformation utérine rare. Mais elle doit être plus fréquente qu'on ne le pense habituellement. Je n'en veux pour preuve que le nombre d'observations publiées depuis cette dernière date.

A mesure que l'on observe mieux, on le trouve davantage.

Observations

OBSERVATION I (*utérus didelphe*)

(Personnelle, recueillie dans le service de M. le Professeur Grosse)

Mme X..., 35 ans, primipare, envoyée par M. le Docteur Leroux dans le service du Professeur Grosse.

Dans les antécédents héréditaires et collatéraux on ne relève rien d'anormal. La femme a été réglée à 15 ans — elle a fait une fausse couche de 2 mois il y a trois ans (fausse couche sans complication).

A son *entrée* dans le service, elle est à *terme*. Le début de sa grossessse a été marqué par des vomissements fréquents durant cinq à six mois. L'analyse de ses urines révèle la présence d'albumine.

L'examen pratiqué à son arrivée nous montre une femme en bon état général. Elle se plaint de légères douleurs lombaires.

A la simple *inspection*, l'utérus gravide est rejeté à droite.

Le *palper* nous le révèle irrégulier, ayant une forme en sablier. Le fœtus est en O I D P. Les bruits du

cœur sont bien frappés. Le foyer d'auscultation est très bas, la tête fœtale est fixée. La vulve couverte de méconium. La nuit de son arrivée à 3 heures du matin, début du travail. Rupture de la poche des eaux presque simultanément.

Les *bruits du cœur* sont lents mais bien frappés.

Au *toucher*, on s'aperçoit qu'il existe une cloison sagittale qui descend jusqu'à l'hymen. Cloison complète, deux conduits vaginaux totalement séparés. Au fond de chaque vagin, on trouve un col.

Le col droit est petit, pointu, fermé.

Le col gauche un peu entr'ouvert et effacé.

Au-dessus du dôme vaginal, on trouve deux masses très nettes, au niveau du vagin gauche. Les deux masses sont à la même hauteur, au niveau du détroit supérieur, non engagées. Un sillon profond les sépare l'une de l'autre.

La masse droite représente une tête fœtale reconnaissable à ses sutures.

La masse gauche est ferme, inégale, irrégulière, bosselée, du même volume que la tête fœtale, et cette dernière masse qui s'oppose au passage de la tête est difficile à identifier.

C'est sans doute l'hémi-tutérus gauche, cependant il pourrait s'agir d'un kyste de l'ovaire, la femme ayant déjà été opérée il y a 7 ans d'un premier kyste ovarien. On se décide à une césarienne.

Opération. — Laparotomie médiane sous ombilicale. Incision transversale du péritoine du segment inférieur, très légèrement en deçà de la zone

vasculaire. Noter que le globe vésical qui n'a pu être complètement vidé gêne la manœuvre, malgré la mise en place d'une valve sus-pubienne.

Dissection des lambeaux péritonéaux supérieur et inférieur.

Incision du muscle utérin sur la ligne médiane.

La tête fœtale apparaît en O I D P enduite de méconium.

On repère avec des pinces en cœur les lèvres de la plaie utérine. Enucléation de la tête fœtal, l'enfant se met à respirer aussitôt. Après quoi, on suture l'utérus en deux plans : points séparés et surjet, et on fixe les deux lambeaux péritonéaux en redingote, le supérieur d'abord, l'inférieur ensuite. Puis on procède à la vérification des annexes : à gauche on trouve l'utérus non gravide dont les annexes ont été enlevées précédemment. Ce dernier utérus est fibromateux, il est recouvert par le colon sigmoïde et il faut le disséquer. On pratique l'hystérectomie de cet hémi utérus gauche. Section du ligament rond entre deux pinces. Mise en place de deux pinces J.-L. Faure utérines, fermeture du col, ligatures, péritonisation.

Fermeture de la paroi en trois plans. Les suites opératoires sont bonnes. Une légère phlébite apparaît au sixième jour au membre inférieur droit.

Le retour de couches est normal.

Sortie guérie.

OBSERVATION II (*utérus bicorne*)

(*Communiquée par M. le Docteur Grosse*)

Mme X...

Première grossesse terminée par l'expulsion prématurée ver le 8e fois, d'un enfant mort et macéré.

L'évolution de la grossesse aurait été normale jus-

qu'à une grippe dont a été atteinte la malade et à la suite de laquelle aurait cessé la perception des signes fœtaux.

Deuxième grossesse. — Petites pertes de sang depuis le début de la grossesse. A l'examen de la femme vers le troisième mois, nous constatons :

Au palper : une tumeur globuleuse ayant la forme d'un utérus gravide, mais très molle, kystique, remontant à l'ombilic et occupant surtout la partie droite de l'abdomen.

Au toucher : col utérin ramolli, se continuant avec la masse abdominale. Mais dans le cul-de-sac gauche existe une masse régulière, arrondie, ayant le volume et les caractères au toucher, d'un utérus accompagnant une grossesse ectopique après deux ou trois mois d'évolution.

Cette tumeur est séparée du col par un sillon, mais cependant on constate qu'elle se mobilise et se continue avec lui. Le sillon de séparation ressemble au sillon d'un utérus latéro fléchi, et le doigt passe du col sur la masse latérale sans trouver de réelle solution de continuité.

Trois hypothèses viennent à l'esprit : on pense :

a) A une grossesse utérine avec tumeur annexielle gauche (kyste ou salpingite).

b) A une grossesse extra utérine.

Le kyste fœtal étant la tumeur abdominale.

L'utérus, la tumeur perçue dans le cul-de-sac à gauche et se continuant nettement avec le col.

c) A une grossesse avec utérus double en raison

de la continuité que les deux tumeurs semblent avoir avec le col.

C'est la seconde hypothèse qui paraît la plus probable.

A l'intervention, on tombe sur un utérus double avec col unique (utérus bicorne), l'utérus gravide est l'utérus droit perçu au palper, l'utérus gauche n'est pas gravide.

On referme le ventre sans rien toucher. Avortement cinq jours après l'opération. Suites opératoires normales.

Troisième grossesse. — Six mois après l'opération précédente, début d'une troisième grossesse. Petites pertes de sang peu abondantes vers la fin du

premier mois de la grossesse, à l'époque correspondant aux règles. Ces pertes légères s'arrêtent par le repos au lit et la grossesse évolue jusqu'à terme.

Accouchement long et laborieux. Contracture utérine. Tentative de version par manœuvres internes, impossibilité en raison de cette contracture, puis extraction par application de forceps au détroit supérieur, d'un enfant volumineux de près de 5 kilogs qui est ranimé.

Délivrance normale — après la délivrance l'utérus parturient forme un globe médian assez dur et à sa gauche, dans la fosse iliaque, on perçoit au palper le second utérus moins volumineux.

Les suites de couches furent normales.

Quatrième grossesse. — Depuis les dernières règles ; c'est-à-dire depuis six semaines, la femme perd constamment une petite quantité de sang.

Brusquement un jour elle est prise d'une douleur abdominale violente en coup de poignard, syncope, pouls rapide, petit d'abord et incomptable, puis ensuite à 120, après qu'on a pu remonter la malade.

Au toucher vaginal, l'utérus est peu augmenté de volume — il est mobile — le cul-de-sac droit est abaissé, pâteux, donnent une sensation de plénitude, enfin il est douloureux, on porte le diagnostic de rupture d'une grossesse tubaire.

Opération. — *Laparotomie.* — Le ventre est plein de sang. La trompe droite est rompue au niveau de l'isthme. Extirpation de la trompe et de l'ovaire droits. Ablation de la trompe gauche, en

laissant l'ovaire gauche qui est sain et l'utérus bicorne.

Suites opératoires normales.

Depuis, la femme est régulièrement réglée et ne présent rien d'anormal du côté génital.

OBSERVATION III *(Utérus biloculaire corporéal)*

(Communiquée par M. le Docteur Grosse)

Appelé en novembre 1926 à la compagne près de Mme X..., accouchée prématurément il y a quatre jours et qui présente de la fièvre depuis quarante-huit heures.

L'histoire clinique de la malade est la suivante : deux accouchements antérieurs à terme — enfants de 2 ans et de 10 mois 1/2 vigoureux — après chacun de ces accouchements, la *femme a eu de la fièvre et on a pratiqué un drainage de l'utérus*. Le deuxième accouchement est de décembre 1925, la femme n'a pas eu de retour de couches. Elle est devenue de suite enceinte à nouveau. Le 30 octobre 1926, accouchement *prématuré* et *spontané* d'une fille de 2 kilos qui meurt après la naissance. *Hémorragie grave au moment de la délivrance*; avec état syncopal : Injections de sérum artificiel, huile camphrée, etc...

Frissons les 1 et 2 novembre avec fièvre atteignant 39.5 le 2 novembre après midi.

Le 3 novembre, la fièvre est à 38°6 à 14 heures. Le pouls à 105. La femme est anémiée.. L'utérus est mou et volumineux, difficilement délimitable, non douloureux. Les lochies sont normales, sans odeur. Le col utérin en partie fermé permet seulement l'introduction d'une sonde pour injection intra-utérine. Issue d'une assez grande quantité de liquide sanguinolent en rétention.

Le médecin et la sage-femme qui ont assisté la gestante, nous affirment que la délivrance était complète, nous nous contentons de placer un drain dans le col utérin et de continuer le traitement anti-infectieux déjà commencé : arséno-benzol, septicémine, abcès de fixation.

Le 5 novembre, un drain de Mouchotte remplace le drain de caoutchouc qui avait été placé tout d'abord et qui a été chassé spontanément. La fièvre est tombée après le drainage et l'expulsion d'un liquide putride et de petits débris membraneux.

Les 6 et 7 novembre, réascension thermique. En retirant ce drain, nous le trouvons obstrué par des débris membraneux à odeur sphacélique, injection intra-utérine et replacement du drain.

Le lendemain notre confrère R. (de Paris) voit la malade qu'il a accouchée aux deux accouchements précédents, nous apprenons par lui que la femme présente un *utérus cloisonné* avec *col unique* et qu'à chaque accouchement il y a eu *rétention de la cadu-*

que de l'utérus non gravide avec une infection grave.

Ecouvillonnage de cette cavité qui ramène des débris membraneux putrides d'odeur infecte.

Chute progressive de la température. Guérison.

OBSERVATION IV (*Utérus didelphe*)

(*Recueillie et communiquée par M. le Dr Moisnard*)

Il s'agit d'une femme de 25 ans entrée à la Maternité hospitalière en janvier 1927. II-pare.

Son père et sa mère sont morts assez jeunes d'une maladie de cœur.

La femme a fait ses premiers pas à douze mois et a été réglée à 12 ans. Ses règles sont régulières — durent 3 ou 4 jours — mais sont douloureuses d'une façon habituelle.

Elle n'a jamais été malade.

A fait une première grossesse en 1926 : accouchement dystocique. Délivrance artificielle. Suite de couches normales.

Cette seconde grossessse se passe sans ennuis. L'examen des urines ne révèle aucune trace d'albumine ; la femme est petite, mais a bon aspect général. On note des varices des membres inférieurs, surtout à gauche. Entrée à la Maternité en prévision d'un accouchement dystocique.

L'examen de la femme montre une présentation du siège, présentation non engagée, retenue au détroit supérieur, siège complet.

L'auscultation des bruits du cœur fœtal est négative. Rupture prématurée de la poche des eaux (48 h. au moins avant l'accouchement).

A *l'inspection*, l'abdomen présente une saillie à droite.

La *palpation* confirme en effet l'obliquité exagé-

rée de l'utérus gravide vers la droite. Issue de liquide méconial, l'examen attentif de la femme révèle un vagin double.

Il existe une cloison médiane, vaginale, très lâche.

Le palper permet de sentir également une masse assez petite sur le côté gauche de l'utérus gravide. On pense alors aussitôt à la duplicité utérine, étant donnée surtout la cloison vaginale.

Le *toucher* permet de constater au fond du vagin gauche un col dur à peine perméable : c'est l'utérus non gravide.

A droite, au contraire, on sent un col à peu près dilaté, correspondant à l'utérus gravide.

L'utérus est contracturé et on fait une injection de Pantopon (1°).

Intervention. — Sous-anesthésie au chloroforme. Extraction complète du siège, l'abaissement des bras défléchis est assez pénible.

Présence de quatre circulaires serrés autour du cou, expliquant la mort du fœtus par strangulation (2 kgs 700). La délivrance tardant de trop on procède à une délivrance artificielle suivie d'une vérification utérine.

Le placenta est entier et normal. Avant de remettre la femme dans son lit on complète l'examen à l'aide de valves : c'est alors qu'on aperçoit une cloison vaginale très lâche et les cols utérins, à gauche fermé et circulaire, à droite entr'ouvert. L'orifice

interne en est à peu près fermé et l'utérus est en état de régression normale.

L'écoulement est à peu près nul et séreux. Suites opératoires excellentes.

La femme quitte le service 12 jours après son accouchement et en parfait état.

OBSERVATION V (*utérus bicorne*)

(*Due à l'obligeance de M. le Docteur Moisnard*)

Mme X..., 30 ans, primipare. Evolution sans incident de la grossesse.

Entre en travail à terme. L'examen permet de diagnostiquer une présentation céphalique engagée en O I D P.

Aucune dystocie n'est envisagée. Un nouvel examen montre une anomalie de la contraction utérine par excès (il ne s'agit cependant pas de tétanisme). La rotation et l'expulsion de l'enfant ne se font pas.

On applique dès lors un forceps dans l'excavation en O I D P et on extrait un enfant vivant sans incident, sauf une déchirure minime du périnée qui n'intéresse pas le sphincter.

Après l'extraction de l'enfant au forceps sous anesthésie au chloroforme, et avant la délivrance, le palper abdominal pratiqué donne une impression inattendue.

La tonicité utérine est excessive ; mais surtout ce qui attire l'attention c'est une inégalité de surface de l'organe.

Le fond de l'utérus est normal ; mais immédiatement au-dessus de la ligne inguinale gauche, on sent une tumeur dure, du volume d'une mandarine, faisant corps avec l'utérus et contractée comme lui.

Le diagnostic est hésitant. Rien ne fait penser à une corne utérine rudimentaire et bas située (encore moins à une tumeur annexielle). On songe alors à une tumeur fibromateuse (un antécédent direct de fibromotose utérine chez une ascendante de la femme appuie de diagnostic).

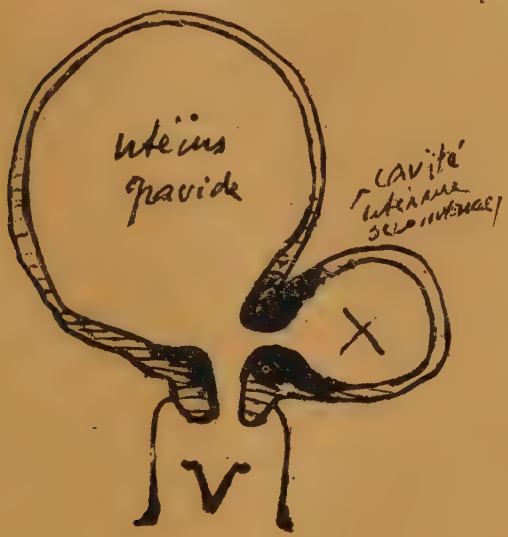
La délivrance est facile et complète.

Les suites de couches sont normales jusqu'au quatrième jour. A ce moment, apparaissent deux complications simultanées : *fièvre et hémorragie.* L'état de la femme est fort grave et l'on songe à l'hystérectomie.

Le soir du 6e jour écoulement sanguin, tel que l'on pratique après injection antiseptique un tamponnement de la cavité du col, cul-de-sac et vagin, à la gaze, aidé par des valves. Ceci moins pour arrêter l'hémorragie que pour voir l'étage qui saigne.

Le lendemain matin la bande de gaze est extraite lentement. La partie terminale (cervicale) de la mèche est seule teintée de sang et *entraîne à sa suite un petit sac membraneux comparable à un œuf clair de deux mois.*

Une vérification digitale s'impose : vagin normal, col unique et normal. Mais à gauche de la grande cavité utérine, immédiatement au-dessus de la région utérine qui répond à l'orifice interne du col, le doigt pénètre dans une petite cavité à paroi musculaire. Sa dimension atteint avec peine l'index.



Cette cavité secondaire est séparée de la grande cavité par un éperon musculaire épais.

Le diagnostic anatomique et pathologique peut être dès lors établi.

a) utérus double : utérus droit normal.

Utérus gauche rudimentaire,

Une cavité cervicale unique.

b) Accidents : rétention de la caduque dans la cavité de l'utérus gauche avec hémorragie et infection grave.

L'expulsion de cette caduque suivie du curage digital de cette petite cavité ont mis fin à tous les accidents.

Aucune nouvelle grossesse ne nous a permis de constater ce qu'il serait advenu.

Remarquons que les complications post-partum ont été telles que la nécessité très rapide d'une hystérectomie a été envisagée.

OBSERVATION VI (*utérus didelphe*)

(*Recueillie et transmise par M. le Docteur Huge*)

Première grossesse 1924.

Mme X. Primipare 1924.

Examinée à trois mois, on porte le diagnostic de grossesse extra-utérine.

Laparotomie. Utérus double. Vagin double. L'hémi-utérus gauche est gravide. On redresse cet hémi-utérus rétroversé et bloqué dans le bassin. *La grossesse continue son cours.*

Présentation du siège, qu'on ne peut corriger par manœuvres externes. Accouchement à terme. Travail long et laborieux avec rupture précoce des membranes. Dilatation lente. Méconium.

La dilatation arrivée à une paume de main avec présentation en S. I. G. T., *on n'entend plus les bruits du cœur fœtal*. Chloroformisation. Abaissement d'un pied et extraction d'un enfant mort pesant environ 3.200 grammes.

Déchirure partielle du périné et de la cloison vaginale. Réfection du périnée.

Délivrance et suites de couches normales.

Fausses couches de quelques semaines 1925.

Troisième grossesse 1926.

Utérus gravide toujours à gauche

Au toucher, la bride vaginale n'existe plus depuis le premier accouchement.

Présentation du sommet sans engagement. Un mois plus tard, nouvel examen. Siège non engagé. Travail toujours lent, irrégulier.

Dilatation lente. Présentation en S. I. G. T.

A la dilatation complète, le siège descend un peu, mais les bruits du cœur fœtal deviennent subitement mauvais. Extraction rapide de l'enfant. L'abaissement d'un pied est facile, car on a affaire à un siège complet. Le tronc vient bien, mais l'extraction de la tête dernière est plus difficile. Extraction d'un enfant de 2 kilogs 300, dont le cœur bat encore un peu. Devant l'état inquiétant de l'enfant, on donne immédiatement des bains chauds. On fait des frictions et de l'insufflation à l'aide d'un tube de Ribemont. On arrive ainsi à ranimer l'enfant qui, cependant, donne de l'inquiétude, car il ne crie pas

vigoureusement et présente par moments de petites secousses fibrillaires des muscles de la face.

Délivrance complète par extraction simple.

L'enfant succombe le lendemain matin.

Suites de couches normales chez la mère.

Quatrième grossesse 1927.

A l'examen, on trouve un sommet très net. Dos à gauche. C'est encore l'utérus gauche qui semble gravide. Pas d'albumine. Comme d'habitude, dilatation lente. Travail irrégulier. Présentation O I G A. Les bruits du cœur se ralentissent, mais pas de méconium. Application d'un forceps et extraction rapide d'un enfant vivant de 3.200 grammes qui n'a pas perdu de méconium et se met à crier de suite.

Délivrance complète par extraction simple. Suites de couches normales.

Cinquième grossesse 1928.

Bon début de grossesse. Pas d'albumine. La femme sent des tiraillements du côté droit de l'abdomen et croit être enceinte du côté droit. Lors d'un examen ultérieur, il semble bien que ce soit l'utérus gauche qui est encore gravide, mais le diagnostic est difficile. Présentation du siège. Dos à gauche. Essais infructueux de version.

Le diagnostic de présentation du siège, dos à gauche, est confirmé un mois plus tard.

Travail plus rapide, mais qui s'arrête brusquement. Inertie utérine complète.

Le col dilaté à « paume de main » est très sou-

ple. Il est complètement dilatable et laissera passer l'enfant, qui est toujours en siège complet avec pieds très accessibles.

Aucune envie de pousser.

Chloroformisation et extraction par un pied d'une fille vivante de 2.700 grammes qui est ranimée. L'utérus de la mère est flasque. Elle saigne abondamment. Massage utérin. Délivrance complète par extraction simple.

La femme saigne toujours et malgré les piqûres de toutes sortes elle s'affaiblit de plus en plus et son pouls radial devient imperceptible. On fait des injections de sérum physiologique sous-cutanée. Massage continu de l'utérus qui saigne toujours un peu.

Pendant quatre ou cinq heures, état très inquiétant de la mère, qui arrive cependant à se remonter peu à peu sous l'influence d'une médication énergique. Dès le quatrième jour, elle se sent assez forte pour nourrir elle-même son enfant.

Suites de couches normales sans fièvre.

OBSERVATION VII (*utérus bicorne à col cloisonné*)

(*Due à la complaisance de M. le Docteur Hugé*)

Mme X (I pare).

Vue pour la première fois à 7 mois. On sent une tête nette en bas et un siège dans la corne utérine gauche.

Mais quelque chose ballotte dans le flanc droit. C'est probablement l'épaule. Car d'une part le volume de l'utérus n'est pas en rapport avec une grossesse gémellaire et d'autre part on ne sent aucun autre pôle fœtal.

Un mois plus tard, *l'utérus paraît bilobé.*

A la dilatation complète, rupture artificielle des membranes. Enfant en O I G T. On remarque qu'il existe à la vulve une bride antéro-postérieure plus rapprochée de la lèvre droite. Cette bride, à sa face profonde, présente comme une corde fibreuse qui gêne la progression de la tête. On sectionne partiellement la bride en son milieu de peur que son arrachement ne provoque une déchirure antérieure ou postérieure (vers le rectum) au moment de l'expulsion de l'enfant.

Application de forceps en O I G A. Extraction d'un enfant de 3.200 grammes. La bride n'a pas été complètement sectionnée par son passage. Délivrance complète par extraction simple. Aussitôt après l'accouchement, on remarque que c'est la masse abdominale gauche qui a diminué de volume et que c'était elle qui contenait l'enfant. Le fond utérin est nettement senti en bas et à gauche. Mais *il reste encore une grosse masse abdominale remontant à droite* vers le bassin. On pense à une *grossesse gémellaire.* L'auscultation de cette nouvelle tumeur est négative. On ne sent au palper aucun pôle fœtal. Les quatre jours suivants, tout va bien, quand, le

5e jour, la femme expulse un caillot le matin, et éprouve le soir de violentes douleurs d'expulsion.

On constate à ce moment la présence *d'un pied de fœtus à la vulve*. L'auscultation fœtale ne révèle rien.

Mise de la femme en position obstétricale et extraction de l'enfant par traction sur ce pied. Extraction du siège et du second membre inférieur assez difficile, le col n'étant pas suffisamment dilaté. Le cordon apparaît alors noirâtre. *Enfant macéré.*

Les deux bras relevés sont abaissés l'un après l'autre. Extraction de la tête par amoindrissement, la manœuvre de Mauriceau étant impossible.

Extraction d'un enfant du même poids sensiblement que l'autre enfant né cinq jours auparavant. La bride vulvaire s'est rompue près de son insertion antérieure et pend à la vulve.

La masse qui remontait jusqu'aux fausses côtes droites a considérablement diminué. Le diagnostic d'utérus double est évident.

Le fond de l'hémi-utérus droit est senti en bas et à droite, un peu plus haut que celui de l'utérus gauche évacué le premier.

Délivrance facile par pression sur le fond utérin. Quatre jours après l'accouchement, légère poussée thermique à 38°.

Lochies fétides. Injections à la liqueur de Labarraque. La température se maintient élevée pendant trois ou quatre jours et descend ensuite progressivement à 37° les jours suivants.

Guérison.

Etude Clinique

Nous nous proposons dans ce chapitre de faire une étude clinique de la grossesse, de l'accouchement, de la délivrance et des suites de couches dans l'utérus double.

Utérus double et grossesse.

a) Quelle est l'influence de la duplicité des organes génitaux sur la grossesse ?

Sauf septum vaginal empêchant le coït, sauf insuffisance de développement des utérus, la grossesse est donc possible si l'ovaire fonctionne normalement. La dualité utérine ne semble pas diminuer la fécondité des femmes présentant cette malformation. Kussmaul a rapporté l'observation d'une femme qui avait accouché à 17 reprises et Rainbridge un cas avec sept grossesses.

La grossesse est unique ou répétée. Il arrive souvent qu'elle se répète du même côté ; mais alors, dans ce cas, il y a presque toujours empêchement à la fécondation du côté opposé.

Dans un cas d'Olivier, l'utérus adelphe était resté vierge parce qu'il était petit et atrophié.

D'autres fois, c'est parce qu'il est fermé (hématocolpos, hématomètre) (thèse de Montpellier).

Mais souvent, la grossesse, au lieu de se répéter du même côté, alterne. Elle a lieu tantôt dans l'hémi-utérus droit, tantôt dans l'hémi-utérus gauche.

Tel le cas rapporté par Jung à la Société d'Obstétrique et Gynécologie en 1927.

Elle peut même avoir lieu dans les deux utérus à la fois donnant lieu à une grossesse double.

De ce fait, nous avons trouvé un exemple dans nos observations.

D'après Kustner, une quarantaine de cas seraient connus dans la littérature où les deux utérus seraient devenus simultanément gravides.

Dans l'observation que nous rapportons, le second accouchement a eu lieu cinq jours après le premier (fœtus mort et macéré).

Riche a publié également à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie un cas de rétention de fœtus mort et macéré dans un hémi-utérus.

Dans la plupart des cas de grossesse double, les deux utérus sont intéressés. Cependant, nous avons trouvé une observation d'utérus bicorne rapportée par Cornell et Earle dans laquelle les deux œufs se trouvaient implantés dans une des cornes, l'autre étant remplie par un fibrome.

L'imprégnation se fait au même moment dans chaque utérus, mais il peut y avoir superfétation.

D'une façon générale, il y a synergie fonctionnelle entre les deux utérus. Ils participent également à la menstruation et pendant la grossesse de l'un d'eux les règles cessent des deux côtés.

D'autre part, l'utérus vide subit des modifications qui s'opposent à sa fécondation. Mais ce n'est pas là une règle absolue. Dans le cas de Muller, il y eut menstruation de l'utérus gauche, l'utérus droit étant gravide. Cette indépendance physiologique se marque même en dehors de la gravidité. Pruvost a noté le fait suivant chez une femme qui a eu cinq enfants : Elle était réglée pendant trois jours, puis il y avait un jour de repos, et une nouvelle menstruation de trois jours.

Souvent, la grossesse évolue jusqu'à terme. Témoins nos observations n°s 1 et 5. Mais on observe fréquemment l'avortement ou l'accouchement prématuré (observations 2 et 3, observation de Kerr). L'explication réside dans ce fait que l'une des moitiés utérines est souvent moins développée que l'autre. Si la grossesse a lieu de ce côté il n'est donc pas étonnant que l'utérus gravide soit incapable de subir une distension suffisante pour loger le fœtus à terme.

Dès lors, deux hypothèses :

1°) Avortement ;

2°) Ou rupture, torsion.

Dunning estime le nombre des avortements à 23 %, c'est à peu près le taux que l'on retrouve dans l'étude de Palmer-Findley.

Plusieurs cas de rupture de la corne gravide ont été signalés.

En présence de l'interruption de grossesse, l'autre utérus entre en contraction et peut expulser une caduque non embryonnée. Nous y reviendrons.

Dans notre cas de grossesse double, la femme est entrée en travail, à terme, mais d'une façon générale l'interruption de la grossesse est plus fréquente qu'en cas de grossesse simple.

Il faut bien remarquer que l'avortement ou l'accouchement prématuré n'est pas fatalement simultané pour les deux utérus. On peut même dire que l'indépendance dynamique des 2 utérus s'accentue de plus en plus avec l'âge de la grossesse.

L'évolution de la grossesse n'a jamais été troublée par des crises d'éclampsie, bien que cependant elles paraissent plus fréquentes dans l'utérus didelphe, d'après ce que nous en avons lu, probablement à cause de la compression plus grande exercée sur l'uretère dans ces cas.

La présentation est toujours longitudinale dans les utérus didelphes et on peut dire que le siège est particulièrement fréquent.

b) Si le didelphisme influe assez fortement sur la grossesse, celle-ci influence également l'utérus didelphe.

Il s'incline souvent latéralement. De plus, l'utérus gravide subit un mouvement de rotation sur place dû à l'action du ligament rond.

L'utérus vide lui aussi est le siège de modifications sérieuses.

Ses parois peuvent s'épaissir, sa cavité s'agrandir. Son col se ramollit et s'efface. La muqueuse utérine s'hypertrophie, constituant une véritable caduque qui, comme nous venons de le dire, peut être expulsée lors de l'interruption de la grossesse dans l'hémi-utérus gravide.

Nous dirons ici un simple mot de l'enfant. Existe-t-il des rapports entre le didelphisme et l'enfant ? Tout d'abord au point de vue *sexe*. Les observations publiées jusqu'alors semblent donner un nombre plus considérable de filles que de garçons. En faisant le relevé de nos observations nous trouvons un nombre sensiblement égal de chaque sexe : 5 filles et 4 garçons.

La question du *poids* est beaucoup plus intéressante : Sur 9 enfants, nous trouvons 8 fois un poids nettement inférieur à la moyenne. Une seule fois un poids supérieur dans notre observation 2 où l'enfant pesait près de 5 kgs.

Quant aux malformations signalées parfois chez ces enfants nous n'en relevons pas une seule dans nos observations.

Utérus double et accouchement.

D'une façon générale l'accouchement a lieu sans grandes difficultés. Les contractions utérines sont

souvent normales. Quelques cas d'inertie semblent évidents. D'autre part, 2 cas d'excès des contractions sont bien nets (observ. 2 et 5). La dilatation est souvent lente et on a parfois été obligé de recourir à la dilatation manuelle du col ou au ballon de Champetier.

La formation de la poche des eaux et sa rupture paraissent s'effectuer normalement.

Les cas de vagins doubles sont intéressants. Bien que la cloison médiane vaginale n'ait déterminé aucune gêne chez nos malades, elle est cependant susceptible de constituer un sérieux obstacle à l'expulsion. L'ampliation du canal vagino vulvaire se fait mal. Nous citerons un cas de Strauch où la tête maintenue pendant deux heures, n'a pu effectuer sa descente qu'après section de la cloison.

Les phénomènes mécaniques sont plus fortement influencés.

L'amoindrisssement et l'accommodation fœtale sont souvent gênés.

La présentation vient buter contre l'utérus vide. Le sommet peut se défléchir, ce qui est arrivé dans le cas de Reynès où la tête avait tendance à se transformer en face ou en front.

Le siège est la plupart du temps décomplété suivant le mode des fesses ou des pieds.

L'engagement a été parfois empêché par la *présence de l'utérus vide* à cause de sa *situation vicieuse* ou de son *augmentation de volume*.

L'utérus vide peut jouer par rapport à l'utérus gravide le rôle d'une tumeur enclavée dans le petit bassin (observ. 1) et nécessiter une césarienne ; c'est alors une véritable tumeur prævia.

Potocki rapporte à ce propos dans la *Revue de Gynécologie et d'Obstétrique* 1920, p. 22, une observation très intéressante de dystocie causée par la corne non *gravide rétrofléchie* d'un utérus didelphe ayant nécessité l'opération césarienne. (Même cas chez Fournier, Société d'Obstétrique et gynécologie 1928).

Il signale les quelques autres cas d'ailleurs fort rares de dysocie causée par la rétroversion de la corne utérine vide.

Chez ces dernières femmes les accouchements se sont terminés par les voies naturelles, soit spontanément après réduction de la tumeur, soit artificiellement par extraction, version ou forceps lorsque la tumeur n'avait pas été réduite

L'utérus non gravide peut devenir le siège d'une accumulation de sang des règles lorsque le vagin est obturé du même côté (hématomètre, hématocolpos) ». Nous n'avons pas observé de pareils cas mais il a été nécessaire parfois de vider l'hématomètre pour extraire l'enfant logé dans la cavité voisine.

Lorsqu'il existe une grossesse dans chaque utérus, l'engagement doit, semble-t-il, être fortement gêné. Dans l'une des rares observations rapportées à ce sujet, le travail a été extrêmement lent et devant la souffrance de l'enfant on fit une dilatation manuelle et une application de forceps.

En somme, trois ordres de causes peuvent venir contrarier le travail ; les unes tiennent à l'utérus gravide : insuffisance ou excès des contractions, inclinaison utérine, les autres à l'utérus non gravide qui fait obstacle par sa position (rétroversion) ou son augmentation de volume, les dernières, enfin, peuvent venir du vagin grâce à sa bride médiane.

Avant de terminer ce chapitre de l'accouchement dans l'utérus double, nous voulons dire un mot des *modifications apportées par le travail dans l'utérus vide*. Pendant la grossesse comme nous l'avons vu, l'hémi-utérus inhabité participe aux modifications de son congénère (comme la chose se voit pour l'utérus dans le cas de grossesse tubaire). Cet hémi utérus en plus de l'augmentation de volume dont nous venons de parler, se ramollit, le corps utérin vide représente souvent une masse nettement perceptible, animée de contractions douloureuses parfois, qui, dans le cas de Potocki étaient isochrones à celles de l'utérus gravide. Le col offre la consistance classique et s'il n'est pas vraiment dilaté il est largement béant.

Tous ces phénomènes aboutissent à l'expulsion d'une caduque. Si par hasard le second utérus au lieu d'être vide est plein, le travail peut ne pas aboutir.

Utérus double et délivrance. Suites de couches.

La délivrance n'offre, la plupart du temps, rien de particulier. Nos observations révèlent trois cas

d'hémorragies de la délivrance. Ces hémorragies sont sous la dépendance de l'inertie utérine consécutive à l'expulsion du fœtus. Sous l'influence de cette inertie, la rétraction utérine est insuffisante. L'utérus ne revient pas sur lui-même et conserve un volume et une consistance qu'il n'a pas lorsque tout se passe régulièrement. En outre le décollement placentaire et membraneux se fait mal et les vaisseaux au lieu d'être comprimés par l'effort musculaire, restent béants et laissent le sang s'écouler en nappe.

Ces hémorragies sont parfois mortelles et Gleisz cite un cas d'hémorragie de la délivrance qui nécessita une transfusion.

On a eu recours à la délivrance artificielle dans les cas de non décollement du placenta ou d'hémorragies graves..

Les insertions basses du placenta n'ont jamais été révélées dans les thèses et travaux publiés sur les utérus didelphes.

Par contre, dans les utérus bicornes ou biloculaires les hémorragies observées parfois proviennent de l'insertion du placenta soit sur le segment inférieur, soit sur la cloison utérine (thèse de Le Maitre). Les suites de couches sont souvent normales aussi et pourtant, comme le dit Le Maitre les femmes atteintes de malformations utérines sont beaucoup plus exposées que les autres à l'infection post partum pour laquelle elles offrent un terrain favorable par moindre résistance.

Enfin, une autre complication peut venir assombrir les suites de couches : c'est la *rétention de la caduque venant de l'utérus vide*. Nous en avons deux observations. Cette caduque peut, en effet, s'infecter tout comme une partie de placenta ou de membranes retenue dans un utérus gravide. Une fois décollée, elle devient un véritable corps étranger et si elle reste trop longtemps dans l'utérus sans être expulsée elle devient le siège de putréfaction et le point de départ d'accidents septiques parfois fort graves (obs. 5).

Diagnostic

Les utérus doubles présentent un très gros intérêt diagnostique parce que l'exploration de cette malformation n'est pas toujours facile surtout s'il existe des complications dans l'utérus adelphe.

D'une façon générale les utérus doubles ne sont vus par le médecin que lorsqu'ils sont devenus pathologiques. Si nous quittons notre sujet un instant, nous voyons que les femmes porteuses d'utérus doubles viennent consulter la plupart du temps parce qu'elles sont stériles (cas de Béclère), parce qu'elles souffrent de coliques abdominales au moment des règles et que leur ventre augmente progressivement de volume. Mais alors que l'*hématométrie* dans un utérus unique est vite diagnostiquée du fait de l'aménorrhée, dans l'utérus double la persistance des règles peut se voir et détourner l'attention vers d'autres possibilités (*Cas d'utérus double et vagin double avec imperforation d'un des vagins, hématométrie et hématocolpos*, signalé par Vanverts en 1929).

D'autres fois, la complication qui amène la malade à consulter est l'infection utéro-annexielle d'origine ascendante qu'il s'agisse d'infection gonococci-

que ou puerpérale (cas de Mériel, rapporté dans les Annales de Gynécologie, 1910).

L'association d'une tumeur utérine ou annexielle peut susciter également une symptomatologie qui éveille l'attention.

On conçoit alors toute la *difficulté du diagnostic* l'attention étant retenue par les signes parfois bruyants propres à la complication et les quelques indices qui pourraient être révélateurs (vagin double, bride anormale au fond du vagin, enfin anomalie du col pouvant aller jusqu'à l'existence de deux cols absolument indépendants) bien qu'assez frustres quand ils se trouvent associés, passent tout à fait au second plan.

Nous en avons un bel exemple dans un cas publié par Wiart en 1925 dans la *Revue de Gynécologie et d'Obstétrique*.

Le diagnostic d'utérus double n'a pas été fait, pas plus que celui de l'existence d'un vagin double à sa partie supérieure. La cloison qui séparait les deux vagins a été prise pour une bride cicatricielle dont l'histoire d'un avortement provoqué ancien, rendait fort plausible la présence et le toucher vaginal n'a laissé percevoir qu'un seul des deux cols.

Les auteurs insistent tous d'ailleurs sur la fréquence de ces erreurs de diagnostic, en cas de vagin unique ou partiellement cloisonné et Magenc dans sa thèse dit fort justement : « Si le cloisonnement total vaginal n'existe pas l'erreur est facile,

car un des cols est dissimulé dans un cul-de-sac ».

Tandis qu'au cours des complications que nous venons de passer en revue, le diagnostic était chose fort difficile ou même impossible, dans le cas de grossesse au contraire l'attention est plus particulièrement attirée par des constatations qui s'écartent de celles que l'on a fait habituellement en pareille condition. En outre, les examens répétés comme il est coutume de le faire au cours d'une grossesse permettent de noter par le toucher, plus facilement qu'au cours d'un fibrome ou d'une salpingite, des détails qui éveillent l'idée de malformation.

Le diagnostic dans nombre d'observations a été possible. Ce n'est pas dire que ce soit chose facile, loin de là. On fait le diagnostic de grossesse banale puisque rien ou presque rien ne semble sortir de la normale. Mais au moment où l'on pratique le toucher et le palper combinés, on recueille des renseignements qui mettent l'esprit en éveil : la situation latérale de l'utérus gravide, la bride vaginale quand elle est perceptible, etc..., la perception d'une masse adjacente, demeurent inexplicables jusqu'au moment où l'on pense à la duplicité. C'est alors qu'il faut recourir aux petits signes fréquemment associés et pratiquer l'examen au spéculum qui renseignera sur l'aspect du col. Dans les cas douteux, et ils sont nombreux, avant de se rattacher complètement à l'idée d'une malformation il faudra écarter certaines hypothèses :

Tout d'abord :

La GROSSESSE EXTRA UTÉRINE souvent confondue avec l'utérus double comme le montre notre observation 2 dans laquelle le kyste fœtale était pris pour la tumeur abdominale et l'utérus pour la tumeur perçue dans un des culs-de-sac.

Dans un autre cas on pense à une GROSSESSE ANGULAIRE.

Enfin, la LATÉRO-DÉVIATION droite de l'utérus gravide assez souvent constatée dans les premiers mois d'une grossesse utérine peut prêter à confusion.

On écartera également le FIBROME PÉDICULÉ cause fréquente d'erreur, par l'âge différent de la malade. De plus, il s'accompagne de douleurs continues et de troubles de compression plus ou moins intenses en rapport avec son accroissement.

Guillemin rapporte en 1924 à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie le cas d'une femme chez laquelle il pensa ainsi à un fibrome latéral inclus dans le ligament large.

Quant à la grossesse *double* le diagnostic en est plus aisé à la fin de la grossesse qu'au début. On peut sentir deux tumeurs qui ballottent. L'auscultation doit montrer deux foyers (si toutefois les deux fœtus sont vivants, ce qui n'a pas été le cas dans notre observation) l'un à droite et l'autre à gauche répondant à chaque tumeur.

Au moment du travail les deux utérus se contractent. Le travail se complète d'un côté, s'ébauche de

l'autre, mais laisse sentir la présentation. Il nous paraît intéressant de noter ici que parmi les cas de grossesse gémellaire signalés dans les utérus double, chaque *cavité contenait un œuf*. Nous n'avons trouvé signalé qu'un cas de grossesse gémellaire avec les deux œufs logés dans une seule des cavités (Cornelle et Earle).

Le diagnostic pourrait se poser entre une grossesse double et une grossesse simple avec hématométrie de l'autre côté (cas de Baudet Soc. Anatomique 1920). L'absence de mouvements perçus par la femme, l'inspection, la palpation, l'absence des bruits du cœur feront le diagnostic.

Mais on pourrait avoir un fœtus mort d'un côté (obs. 7) qui en imposerait pour un hématomètre. Dans ce cas on n'entendrait pas de bruits de cœur, mais on sentirait peut-être les parties fœtales.

Le diagnostic d'utérus double posé, peut-on au cours de la grossesse aller plus loin et préciser à quel type anatomique d'utérus on a affaire.

Brindeau signale qu'au cours de la grossesse, l'ascension de la corne non gravide est en faveur de la variété anatomique correspondant à l'utérus avec cols indépendants et cols fusionnés.

Dans le cas d'utérus didelphe vrai, le corps utérin non gravide reste dans le pelvis.

Il ne faudrait pas garder de ce court exposé clinique, l'impression que le diagnostic d'utérus double doit être fait. En réalité, comme le prouvent abondamment nos observations, il est exceptionnel

qu'on ait pu certifier la malformation, on a pu y penser parfois mais dans la majorité des cas, elle a été une découverte opératoire.

Le radio diagnostic pourra ici être d'un précieux secours en indiquant de façon immédiate et très précise les malformations utérines que la clinique seule est bien souvent impuissante à déceler.

Après injection d'une substance opaque telle le lipiodol selon la technique si bien décrite par Claude Béclère, on percevra dans le cas d'utérus bifide les deux moitiés restées séparées dans leur partie supérieure. L'utérus revêt alors la forme d'un Y bien caractéristique.

Dans le cas d'utérus double, on voit très nettement les deux cavités utérines.

On peut enfin se rendre compte de la perméabilité tubaire, ce qui complète encore l'investigation et permet de porter un diagnostic très précis, car il est important de noter qu'une malformation utérine est rarement isolée et qu'elle s'accompagne généralement d'autres malformations, tubaires, ovariennes et même du squelette pelvien (spina bifida occulta par exemple). D'où la grosse utilité du diagnostic radiologique dans certains cas.

Il ne faudrait pas croire cependant que l'investigation radiologique puisse toujours être pratiquée sans danger. S'il s'agit d'une grossesse normale, il semble sage de continuer à s'abstenir de toute manœuvre utérine, fut-ce pour son diagnostic précoce, malgré l'avis contraire de certains auteurs. Mais

dans un cas de grossesse extra-utérine douteuse, dans ces cas difficiles où il existe à la fois des signes de grossesse, un utérus augmenté de volume et une tumeur unilatérale juxta-utérine, la bénignité de l'examen au lipiodol, en ayant soin de faire une instillation sans pression, comme l'ont montré Heuser et Dyroff, permettra d'ajouter aux éléments cliniques les résultats de la radiologie.

Conduite à tenir

Nous voudrions, dans ce chapitre, montrer l'intérêt pratique des utérus doubles et étudier la conduite à tenir dans les différents cas.

On peut être appelé à intervenir pendant la grossesse, le travail, la délivrance ou les suites de couches.

Grossesse.

L'utérus didelphe, comme nous l'avons vu, avorte ou accouche avant terme. A la moindre alerte, on ordonnera le repos immédiat au lit, les lavements laudanisés, les injections de morphine qui, souvent, permettront à la grossesse d'arriver à terme ou tout au moins de s'en approcher (observation 2).

Kerr, à ce propos, signale en 1921 le cas d'une femme porteuse d'un utérus bicorne et qui faisait des avortements répétés. Il pratiqua chez cette malade une résection utérine. Après avoir supprimé la moitié interne de chaque corne, il sutura les deux moitiés l'une à l'autre.

La femme fit par la suite deux grossesses norma-

les : la première se termina par un forceps et la seconde par une césarienne.

Si l'avortement a eu lieu, il faudra se méfier de l'infection possible, et pour cela *s'assurer qu'il ne reste rien* dans l'utérus parturient ni dans l'autre, si souvent méconnu d'ailleurs.

Nous citerons là comme exemple le cas très intéressant rapporté par E. Mériel de Toulouse : utérus double avec pyomètre unilatéral post-partum. Duplicité utérine découverte à l'intervention.

Au cours de l'hystérectomie subtotale, ouverture d'une collection purulente incluse au niveau de l'isthme. On remarque que l'utérus droit contient encore de ce pus très fétide. C'est donc dans la confection du moignon cervical que le pyomètre, dont l'utérus droit était atteint, a été ouvert. Cette collection purulente peu abondante était vraisemblablement le résultat de la fausse couche de trois mois survenue sept mois auparavant. Fausse-couche mal soignée sans doute en raison de la disposition utérine méconnue.

Dans certains cas même, l'intervention chirurgicale peut être nécessaire et motivée par les symptômes parfois graves présentés par la malade : occlusion intestinale.

Travail.

Le travail est le plus souvent lent et irrégulier. L'inertie utérine sera traitée par les injections vaginales chaudes. Elle pourra nécessiter le forceps. Souvent, on note de la contracture utérine. Les sténoses du col seront traitées par la dilatation manuelle, le ballon de Champetier ou le dilatateur de Tarnier, suivant les cas.

Si l'expulsion du fœtus est gênée par la cloison vaginale, on l'incisera.

On traitera l'obliquité utérine exagérée.

Si la rétroversion de l'utérus empêche l'engagement, on la réduit.

Mais des difficultés plus sérieuses peuvent venir de cet utérus non gravide du fait de son *augmentation de volume* ou de sa *situation vicieuse*, comme nous l'avons annoncé en traitant l'accouchement dans les utérus doubles.

a) VOLUME.

Bien que nous n'ayons pas d'exemple de ce genre dans nos observations, l'utérus non gravide peut être le siège d'hématomètre et d'hématocolpos. La tumeur doit être vidée pendant la grossesse, si toutefois elle est diagnostiquée à ce moment.

Trois procédés sont applicables : la ponction qui vide mal ; l'incision plus efficace, enfin l'extirpation post-partum, cette dernière intervention est la

meilleure, car, comme l'a dit Gros (thèse de Nancy · l'hématosalpinx est la complication habituelle de l'hématomètre, et il ajoute : « Le traitement idéal de l'hématométrie dans un utérus double est l'ablation après laparotomie de la moitié utérine distendue et siège de la rétention, ainsi que des annexes malades du même côté ».

Dans ces cas d'utérus didelphes, il existe souvent une cloison vésico-rectale séparant les deux utérus ou mieux les reliant au rectum en arrière et à la vessie en avant. Cette cloison soulève sur la ligne médiane le péritoine utérin et ne détermine que peu de profondeur dans les culs-de-sac pré et rétro-utérins. C'est dans ces cas que l'on pourrait faire une opération se rapprochant de l'hystérectomie par hémi-section utérine médiane de J.-L. Faure (thèse de Le Rouzic). Incision de la paroi abdominale, mise en place d'une valve sus-pubienne et protection de l'intestin par des compresses. On incise alors le péritoine sur la face antérieure de l'utérus, au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin, et l'on refoule la vessie vers le bas, de façon à n'avoir plus à s'en occuper. Avec des ciseaux droits, on sépare alors la tumeur de l'utérus sain, entaillant dans la cloison médiane jusqu'au vagin qui se trouve alors ouvert en avant et en arrière. On saisit la tumeur cervicale avec une pince et on l'attire vers le haut, une bride la retient : c'est la moitié de la paroi vaginale qui s'insère en ce point sur la tumeur cervicale. On sectionne cette bride.

Dès lors, la tumeur se déroule en se décollant de la paroi pelvienne. On aperçoit alors l'utérine que l'on coupe et l'on termine comme dans l'hystérectomie totale.

b) SITUATION VICIEUSE.

Sans être le siège d'hématomètre, l'utérus non gravide peut, par sa situation vicieuse, venir bloquer le petit bassin et constituer de la sorte un véritable obstacle à l'engagement (observ. I).

Dans ces cas, la césarienne est indiquée ; elle peut être suivie ou non de l'hystérectomie de l'hémi-utérus non gravide suivant son aspect ou ses lésions.

Dans le cas que nous avons rapporté, la césarienne a été suivie d'une hémi-hystérectomie. L'utérus non gravide était en effet gros et fibromateux ; c'est pourquoi il fut enlevé par hystérectomie subtotale. Mais si, au cours d'une laparotomie, ce second utérus non gravide, sans être fibromateux, est simplement petit, atrophié, rudimentaire, ne jouant par conséquent qu'un rôle relatif comme organe génital, mais pouvant par contre causer de graves désordres infectieux, son sort doit être le même.

La femme de notre observation I conservait donc encore une moitié de son tractus génital : un utérus, une trompe et un ovaire. Elle pouvait redevenir enceinte. Petit-Dutaillis a pratiqué deux hémi-hystérectomies subtotales suivies de grossesse à terme.

La technique, dans ces cas, ne présente aucune particularité sérieuse. Nous rappelons simplement que les artères utérines ne sont pas dédoublées et que le danger de l'uretère paraît plus grand que dans l'hystérectomie habituelle.

Ombredanne et Martin soutiennent, en effet, que les corps utérins sont plaqués contre les parois pelviennes au contact des conduits urinaires.

En cas de rétroversion de la corne utérine vide, le premier soin, comme le dit Potocki, doit être de chercher la réduction en repoussant la masse au-dessus du détroit supérieur du bassin.

Dans le cas rapporté par lui, la tentative de réduction échoua complètement, malgré le non-engagement du fœtus et l'indépendance évidente des deux hémi-utérus.

Y avait-il adhérences intrapelviennes de la tumeur ou bien existait-il, comme c'est souvent la règle, une bride vésico-rectale, et cette bride opposait-elle un obstacle à l'ascension de la corne utérine ? L'explication n'a pu être fournie qu'à l'intervention, qui a révélé l'existence d'une bride vésico-rectale puissante.

Délivrance et suites de Couches.

On pourra enfin avoir à intervenir lors de la délivrance ou des suites de couches. Le placenta peut ne pas se décoller, il faudra alors recourir à la délivrance artificielle. L'hémorragie sera traitée par

l'évacuation complète de l'utérus, les injections intra-utérines chaudes.

Il faudra surtout veiller particulièrement à l'expulsion de la caduque venant de l'utérus non gravide, expulsion qui, en général, se fait le deuxième ou le troisième jour, sous forme d'une sorte de sac à parois très épaisses reproduisant le moulage de la cavité utérine non gravide. La rétention de cette caduque sera traitée par le drainage utérin, le curage suivi d'écouvillonnage de la cavité. Mais, bien souvent, des signes d'infection grave feront envisager la nécessité d'une hystérectomie ou même y conduiront d'urgence.

Aux malformations utérines s'appliquent surtout la recommandation de M. le Professeur Budin de toujours pratiquer l'examen complet de l'organe dès qu'une infection des suites de couches paraît avoir un point de départ utérin

Le traitement, pour être rationnel, devra être guidé par cette exploration préalable et si une intervention est nécessaire elle devra porter sur les deux cavités utérines : celle non gravide et celle qui a été le siège de la grossesse. A cette seule condition, dit le professeur Budin, le résultat sera favorable et définitif.

En résumé, il n'y a pas de règles générales de conduite pour les utérus doubles. C'est une question d'espèces. Dans certains cas, grossesse, accouchement se passeront normalement; mais, s'il en est parfois ainsi, il paraît exagéré de dire avec Kussmaul

que l'accouchement spontané soit la règle, car, bien souvent, on aura à intervenir soit pendant la grossesse, soit pendant le travail, la délivrance ou les suites de couches.

C'est enfin parfois au cours d'une intervention que l'on se décidera à agir dans un sens plutôt que dans l'autre.

Conclusions

— Les nombreuses observations de grossesse dans l'utérus double prouvent suffisamment que la fécondation est possible chez les femmes qui en sont porteuses. Elle l'est sensiblement dans les mêmes proportions que chez les autres femmes.

Il faut évidemment mettre à part les cas dans lesquels le coït est rendu impossible par suite d'une bride cloisonnant le vagin et les cas de développement insuffisant des utérus.

— La grossesse unique ou gémellaire (les 2 utérus étant gravides) peut évoluer normalement jusqu'à terme ; mais elle est souvent interrompue de bonne heure, soit spontanément, soit par suite de complications qui obligent à intervenir chirurgicalement.

— Le travail est lent et irrégulier, soit que les contractions utérines sont insuffisantes ou excessives, soit que l'utérus non gravide augmenté de volume ou pathologique gêne l'engagement, soit en-

fin qu'une bride vaginale retarde l'expulsion de l'enfant.

— L'accouchement en siège est fréquent (obs. 4, 6, 7). Parfois, l'accouchement est impossible sans intervention (observ. I), l'hémi-utérus non gravide se comportant comme une véritable tumeur prævia.

— La délivrance se passe souvent sans ennuis, cependant les hémorragies ne sont pas rares (observ. 3, 5, 6). La délivrance artificielle a eu lieu une fois dans nos observations.

— Les suites de couches sont souvent normales avec expulsion de caduque venant de l'utérus non gravide.

Mais dans certains cas il peut se produire une rétention de la caduque dans l'utérus non gravide avec infection pouvant nécessiter une intervention : curettage ou même hystérectomie. Cela s'est présenté dans deux de nos observations.

— Le diagnostic est théoriquement possible grâce à plusieurs signes un peu spéciaux : déviation latérale de l'utérus gravide, masse annexe, bride vaginale en cas de vagin double.

Malgré cela, pratiquement, les erreurs de diagnostic ne sont pas rares.

Les causes les plus fréquentes sont la grossesse ectopique et le fibrome utérin.

Tantôt c'est l'utérus gravide qui est pris pour le sac ectopique. Tantôt, l'utérus gravide étant reconnu, l'utérus non habité est pris pour un fibrome.

Dans d'autres cas, l'utérus gravide est seul reconnu et l'utérus non gravide passe inaperçu, ce qui peut entraîner de fâcheuses complications au cours de l'accouchement et surtout pendant les suites de couches, comme nous venons de le voir. Enfin, dans quelques cas exceptionnels de gravidité des deux utérus, un des utérus gravides peut être méconnu, ainsi que le fœtus qu'il contient.

— En général, le pronostic est favorable pour la mère bien qu'elle soit exposée à quelques complica-ions (rét. loch. infection) comme nous venons de le voir. Il est moins bon pour l'enfant qui naît souvent avant terme, qui peut mourir pendant le travail (observ. 6) ou au cours d'une intervention.

— La conduite à tenir varie suivant le moment où l'on est appelé et suivant les circonstances.

Au cours de la *grossesse* on sera avant tout conservateur — on s'efforcera de conduire la grossesse à terme ou le plus près possible du terme. On n'interviendra chirurgicalement qu'en cas de complications.

Au cours de *l'accouchement* on peut avoir à sectionner les cloisons vaginales; le dystocie créée par l'utérus non gravide formant tumeur prœvida peut entraîner la nécessité de l'opération césarienne

sur l'utérus gravide, suivie parfois de l'hystérectomie sur l'utérus vide (observ. 1).

Dans d'autres cas forceps (obs. 2, 5, 7).

Dans les *suites de couches*, l'infection de l'utérus non gravide peut entraîner la nécessité d'une opération : curettage hystérectomie sur cet utérus.

Quel que soit le moment de la grossesse, de l'accouchement et de puerpéralité où une intervention abdominale s'impose, on s'efforcera de conserver l'utérus le moins compromis, afin de réserver à la femme la possibilité d'une grossesse ultérieure

Vu, le Doyen,
ROGER.

Vu, le Président,
JEANNIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

Bibliographie

Audebert. — Société d'Obstétrique de Toulouse, 1908, p. 165.

Balard. — Revue F. Gynécologie, 1928, 113.

Baudet. — Société anatomique 1920, 466.

Cl. Béclère. — L'exploration radiologique en gynécologie.

Begouin. — Société Obstétrique et gynécologie, 1922, 762.

Blanchard. — Th. Lyon, 1907-08.

Bonnaire. — Société Obstétrique, mai 1905.

L. Bonnet et C. Béclère. — Société Obstétrique et gynécologique 1920, 698.

Bousquet — Thèse Montpellier, 1902.

Brindeau. — Société Obstétrique et Gynécologie, 1928, 226.

Bureau. — Société Obstétrique et gynécologique 1926, 619.

Chirié. — Société Obstétrique, nov. 1906.

Cleisz. — Société obstétrique, 1926.

Congrès Chirurgie 1905 (rev. gynécologie 1905, p. 119), 1905, 6 décembre.

Congrès Chirurgie, 1906.

Cornele et Earle. — Gyn. et Obstétrique, 1921, 65.
Couvelaire. — Société obstétrique, gynécologie, pédiatrie, mai 1006.
— Société Obstétrique, gynécologie, pédiatrie, 1911, 59.
Chatillon. — (de l'Université de Genève), Rev. f. gynécologie, 1928, 86.550.
Dambrin. — Gynécologie et Obstétrique 1924, 397.
Delbet. — Société Obstétrique et Gynécologie et pédct. 1908.
Demelin. — Revue de Gynécologie 1902, 510.
Dupré C. — Chirurgie, 1910.
Duvergey. — Société Obstétrique et Gynécologie 1922, 706.
Ferrand. — Th. Paris 1899, 1000.
Ferré. — Société Obstétrique et Gynécologie 1925, 481.
Fournier. — Société Obstétrique et Gynécologie 1928, 768.
Grosse. — Soc. obst. et gynécologie, 1929, 399.
Guillemin. — Société Obstétrique et Gynécologie 1924, 397.
Hardouin. — Annales de gynécologie, 1908, 506.
Joly. — L'obstétrique 1911, 330.
Jung. — Société Obstétrique et Gynécologie, 1927, 682.
Kerr. — Gynécologie et Obstétrique, 1921, 86.
Kummer. — Revue Fr. de Gynécologie, 1925, 190.
La Rochefordière. — Th. Paris, 1893, 84.
Le Bec. — Revue Gynécologie, 1904, 387.

Le Maitre. — Th. Paris, 1900, 01.
Le Gueux. — Société Obstétrique, 1910, mai.
Le Rouzic. — Th. Paris, 1901-02.
Le Veuf. — Société anatomique 1924 (février).
Meriel. — Annales de Gynécologie, 1910, 471.
Ombredanne. — Société chirurgie, 1903, mai.
— Revue gynécologie 1903, nov. déc.
Pauchet. — Gaz. Hôpitauv, 1902, 510.
Piquaud. — Revue Gynécologie 1910, 501.
Pery. — Société Obstétrique et Gynécologie, 1926, 481.
Petit-Dutaillis. — Soc. Obst. et gynécol., 1926, 362.
Potocki. — Gynécologie et Obstétrique 1920, 22.
Pozzi. — Revue Gynécologie 1993-05-10.
Récamier. — Société d'Obstétrique, mai 1908.
Riche. — Société d'Obstétrique, 1926, 248.
Rochard. — Société Chirurgie 1910, oct., nov.
Semaine Médicale (1905-06.
Semaine Médicale (6 décembre 583).
Vanverts. — Société Obstétrique et Gynécologie, 1929, 554.
Wiart. — Gyn. et Obstétrique, 1925, 101.

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette